

Forma de Autorización
Portal del paciente: "My Care Plus"

"My Care Plus, the Patient Portal" le ofrece la conveniencia y seguridad de acceder sus archivos médicos en línea. Usted como paciente, tendrá el control de su propio "Portal" por lo cual su cuenta no será activada hasta que usted lo haga.

Dado a que toda la información acerca de su estado de salud e historial médico está disponible a través de este medio, es de suma importancia que mantenga su contraseña privada. No comparta su contraseña con nadie, ni la escriba en un lugar accesible a los demás. Si usted no desea llenar esta forma, no tendrá acceso al portal. Si usted decide llenar esta información, usted nos autoriza a enviarle un enlace único que podrá utilizar para crear su contraseña y acceder su portal. **Por favor, espere un correo electrónico de "My Care Plus" poco después de haber llenado esta forma.** Para su protección, el enlace asignado expirará pronto si no se activa. Si usted se ve en la necesidad de cambiar su dirección de correo electrónico, por favor contacte a su oficina de práctica para que sus archivos sean actualizados. Sugerimos que escoja un correo electrónico que no sea accesible a personas que no sean de su confianza.

Términos

Si desea discontinuar el uso del portal, favor de contactar su oficina de práctica.

Usted está recibiendo acceso al portal, los términos y condiciones de El Portal aplicarán esta forma de autorización. Por favor, escriba con letra legible.

Nombre

Dirección de correo electrónico

Fecha de Nacimiento

Nombre del Médico

El Usuario autorizado es:

Paciente

Usuario autorizado por el paciente

Nombre de usuario autorizado por el paciente

Firma del usuario autorizado por el paciente

Hospital_____ Centro de Enfermería Especializada_____
Sala de Emergencias_____ Otro_____

Información de contacto:

Teléfono:_____ Celular:_____ Trabajo:_____

Correo electrónico: _____

Nota: Su correo electrónico será estrictamente utilizado con el fin de instruirle como acceder su información y para recordatorios específicos. Bajo ninguna circunstancia sera utilizado con el fin de indagar acerca de su cuidado medico. Por favor contacte su oficina de práctica con cualquier pregunta o inquietudes relacionados a su cuidado medico.

Su método preferido de contacto: Teléfono Celular Trabajo Correo Electronico Correo

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono:_____ Otro

Información de

Teléfono _____

Farmacia: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Zip

Code: _____

Teléfono de la farmacia: _____

Maryland Oncología Hematología
Encuesta del paciente

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección:	Ciudad:	Estado:
Casa:	Medico de referencia:	
Historial oncologica:	Altura:	Peso:

Historial medico y Quirúrgico:		
Medicamentos:		
Alergias:		
Historia familiar:		
Historia social:		
Estado marital:	Numero de niños:	
¿Fumas?	¿Cuanto?	¿Cuantos años?
¿Bebes?	¿Cuanto?	¿Cuantos años?
¿Trabajas?	¿Donde?	
Revisión de los síntomas		

¿Dolores de cabeza?	¿Tos?	¿Dificultad para orinar?
¿Mareo?	¿Falta de aliento?	¿Sangre en el orinar?
¿Trastornos visuales?	¿Dolor en el pecho?	¿Dolor?
¿Rigidez en el cuerpo?	¿Nausea?	¿Ansiedad?
¿Fiebre?	¿Diarrea?	¿Depresión?
¿Escalofríos?	¿Estreñimiento?	
¿Trastornos del hablar?	¿Sangre en las heces?	
¿Sudores Nocturnos?		
¿Perdida?		

Maryland Oncología Hematología
2101 Medical Park Dr. Suite 200
Silver Spring, MD 20902
301-933-3216
301-933-4941 fax

Rutina de divulgación de información medica

Yo, _____, autorizo a Maryland Oncología Hematología conocer los resultados rutina de pruebas de laboratorio, radiografías o otras pruebas de diagnostico a mi o mi representante personal designado a lo solicitado.

Autorizo a Maryland Oncología Hemtología para divulgar información medica y/o informes respecto a mi tratamiento a cualquier agencia federal, estado o acreditación o a cualquier medico o compañía de seguro según sea necesario.

Autorizo a los agentes de cualquier hospital, centro de tratamiento o medicos anteriores a proporcionar copias a Maryland Oncología Hematología de registros de mi historia medica, servicios o tratamientos.

Entiendo que esta publicación se termina un año a partir de la fecha de mi firma y puede ser revocado en cualquier momento antes de esa fecha a mi solicitud por escrito.

Nombre del paciente

Número de seguro social

Firma del paciente

Fecha

Si esta autorización es firmada por el representante personal del paciente en nombre de el paciente, por favor complete el siguiente:

Nombre del representante personal

Relación con el paciente

Acuse de recibo del aviso de privacidad

Maryland Onncología Hemtología esta competida a proteger su privacidad y hacer que su información se utilice y divulga adecuadamente. Este aviso de practicas de privacidad identifica todo los usos potenciales y divulgación de su información de salud de nuestra practica y líneas de sus derechos con consideramos a su información medica. Por favor firme la forma de reconocer que ha recibido notificación de nuestras practicas de privacidad.

Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de Maryland Oncología Hematología.

Nombre: _____

Firma: _____

Nombre de representante personal (si procede): _____

Firma de representante person (si procede): _____

Fecha: _____

Maryland Oncología Hematología uso exclusivo de la practica

Reconocimiento de la fecha de recepción: _____

-O-

Reconocimiento de la razón no se obtuvo:
